

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ**ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ****Ι. Θανασάς, Μ. Τζιομάκη, Δ. Κυριακίδης, Α. Μπαμπάνης****ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η οξεία παγκρεατίτιδα είναι σπάνια στην εγκυμοσύνη. Η λιθίαση των χοληφόρων οδών φαίνεται να αποτελεί τον κυριότερο αιτιολογικό παράγοντα εκδήλωσης της νόσου. Η διάγνωση συνήθως δεν είναι εύκολη. Η δυσκολία στην κλινική εξέταση των ενδοκοιλιακών οργάνων που δεν έχουν σχέση με τη μήτρα, οι φυσιολογικές μεταβολές των ανατομικών σχέσεων που προκαλεί κατά την πρόοδο της εγκυμοσύνης η σταδιακή αύξηση του μεγέθους της μήτρας, οι ενίοτε άτυπες κλινικές εκδηλώσεις της νόσου που είναι δυνατό να μιμούνται τις φυσιολογικές ενοχλήσεις της κύησης, αλλά και οι παρεκκλίσεις από τις φυσιολογικές τιμές που είναι δυνατόν να παρουσιάζουν οι ηπατικές δοκιμασίες στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι δυνατό να καθυστερήσουν την έγκαιρη και ορθή διάγνωση της νόσου. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η συντηρητική και υποστηρικτική θεραπεία με την προσωρινή αναστολή της λειτουργίας του παγκρέατος που επιτυγχάνει αποτελεί την καλύτερη και ασφαλέστερη μέθοδο αντιμετώπισης και πρόληψης των σοβαρών επιπλοκών. Ένδειξη άμεσης χολοκυστεκτομής αποτελεί η δευτεροπαθής μορφή οξείας παγκρεατίτιδας συνεπεία χολολιθίασης. Κύριο μέλημα του σύγχρονου μαιευτήρα - γυναικολόγου πρέπει να αποτελεί η σωστή ενημέρωσή του σχετικά με τον τρόπο που η πάθηση μπορεί να επηρεάσει την εγκυμοσύνη, ή αντίθετα να επηρεασθεί από αυτή, αλλά και η ενεργός συμμετοχή του στη διαγνωστική διερεύνηση και θεραπευτική αντιμετώπιση του οξέος χειρουργικού προβλήματος, προκειμένου να διασφαλισθεί η καλύτερη υγεία τόσο για τη μητέρα, όσο και για το έμβryo και το νεογνό. Στο παρόν άρθρο με βάση τα σύγχρονα δεδομένα επιχειρείται μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση της οξείας παγκρεατίτιδας, αναφορικά με την αιτιοπαθογένεια, τη διάγνωση, την αντιμετώπιση και την πρόγνωση της νόσου στην εγκυμοσύνη.

Λέξεις ευρετηρίου: οξεία παγκρεατίτιδα, εγκυμοσύνη, αιτιοπαθογένεια, διάγνωση, αντιμετώπιση, πρόγνωση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι παθήσεις του πεπτικού συστήματος στην εγκυμοσύνη, οι οποίες μπορεί να είναι αποτέλεσμα της ίδιας της κύησης (πύρωση, σιαλόρροια) ή να προϋπάρχουν (ηπατίτιδα) ή να εμφανίζονται τυχαία κατά τη διάρκεια αυτής, όπως είναι η σκωληκοειδίτιδα, η χολοκυστείτιδα, η παγκρεατίτιδα, ανεξάρτητα από την εκδήλωση ή όχι οξέος χειρουργικού προβλήματος, παρουσιάζουν ιδιαίτερο κλινικό ενδιαφέρον και προκαλούν έντονο προβληματισμό και διχογνωμία στη σύγχρονη μαιευτική πράξη. Οι φυσιολογικές ανατομικές, μορφολογικές, λειτουργικές, μεταβολικές, αιμοδυναμικές και βιοχημικές αλλαγές που υφίσταται ο μητρικός οργανισμός στην εγκυμοσύνη, αλλά και οι δυνητικοί κίνδυνοι, τόσο για τη μητέρα, όσο και για το έμβryo και το νεογνό, επηρεάζουν σε άλλοτε άλλο βαθμό την κλινική εκδήλωση, τη διάγνωση, την αντιμετώπιση και την πρόγνωση των οξέων χειρουργικών παθήσεων στην κύηση¹.

Η παγκρεατίτιδα αποτελεί μια σοβαρή πάθηση του πεπτικού συστήματος η οποία μπορεί να πάρει διάφορες μορφές. Πρόκειται για φλεγμονή του παγκρέατος, όργανο το οποίο παράγει ένζυμα που εκκρίνονται στον πεπτικό σωλήνα και συμβάλλουν στην πέψη των τροφών. Παράλληλα, το πάγκρεας παράγει ορμόνες, την ινσουλίνη και τη γλυκαγόνη, οι οποίες απελευθερώνονται στο αίμα και ρυθμίζουν τα επίπεδα της γλυκόζης στην κυκλοφορία. Η χρόνια παγκρεατίτιδα δεν έχει ιδιαίτερη σημασία στην κύηση, αφού κυρίως αφορά σε άνδρες και συνήθως εκδηλώνεται μετά την ηλικία των 40 ετών. Η παγκρεατίτιδα που συναντάμε στις έγκυες αφορά κυρίως στην οξεία της μορφή. Η οξεία παγκρεατίτιδα δεν είναι συχνή στην εγκυμοσύνη. Γενικά, η επίπτωση της νόσου κυμαίνεται από 1:1066 έως 3:10000 κύησεις (0.01%-0.03%)². Είναι περισσότερο συχνή στο δεύτερο τρίμηνο και υπολογίζεται ότι αφορά περίπου στο 56% των περιπτώσεων³. Παρόμοια, συχνά απαντάται και στο τελευταίο τρίμηνο της κύησης. Η νόσος είναι λιγότερο συχνή στο πρώτο τρίμηνο, καθώς και στη διάρκεια της λοχείας. Η εκδήλωση οξείας παγκρεατίτιδας στο

πρώτο τρίμηνο συνδυάζεται κυρίως με αυξημένα ποσοστά εμβρυϊκής απώλειας και έκλυσης πρόωρου τοκετού αργότερα κατά την εξέλιξη της εγκυμοσύνης⁴. Εκτιμάται ότι η πάθηση είναι συχνότερη σε έγκυες προχωρημένης ηλικίας, στις παχύσαρκες έγκυες, καθώς και στις πολύτοκες. Παλιότερα και πιο πρόσφατα βιβλιογραφικά στοιχεία συνηγορούν ότι η οξεία παγκρεατίτιδα στις πολύτοκες συγκριτικά με τις πρωτοτόκες έγκυες είναι πολύ πιο συχνή, με συχνότητα εμφάνισης που υπολογίζεται ότι αγγίζει περίπου το 72% του συνόλου των περιπτώσεων⁵.

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η οξεία παγκρεατίτιδα χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενεργοποιημένων πεπτικών ενζύμων μέσα στο πάγκρεας, η αιτιολογία της οποίας σε πολλές περιπτώσεις, όπως άλλωστε συμβαίνει και σε μη έγκυες ασθενείς, δεν είναι δυνατό να εντοπισθεί (ιδιοπαθής παγκρεατίτιδα, αγνώστου αιτιολογίας). Παρόλα αυτά όμως, με δεδομένο τον αυξημένο κίνδυνο σχηματισμού χολολίθων που χαρακτηρίζει την εγκυμοσύνη, η λιθίαση των χοληφόρων οδών φαίνεται να αποτελεί τον κυριότερο αιτιολογικό παράγοντα που ευθύνεται για την οξεία εκδήλωση της νόσου στην κύηση. Εκτιμάται ότι ευθύνεται περίπου για τα 2/3 και πλέον των περιπτώσεων οξείας παγκρεατίτιδας των εγκύων γυναικών (ποσοστό 63%-78%)⁶. Επίσης, διάφορες μεταβολικές διαταραχές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η υπερτασική νόσος της κύησης, ο υπερπαραθυρεοειδισμός, κάποιες κληρονομικές παθήσεις, η κατάχρηση οινοπνεύματος, η χρήση διαφόρων φαρμακευτικών σκευασμάτων και οι μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 1) περιλαμβάνονται στους κύριους αιτιολογικούς παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εκδήλωση της νόσου στην εγκυμοσύνη.

Η αυξημένη επίπτωση της λιθίασης των χοληφόρων οδών στις έγκυες πιθανότατα οφείλεται στην αύξηση του κορεσμού της χοληστερόλης στη χολή και στην ελάττωση της συστατικότητας των τοιχωμάτων της χοληδόχου κύστης κάτω από την επίδραση των αυξημένων επιπέδων των οιστρογόνων ορμονών και της προγεστερόνης που χαρακτηρίζουν τη φυσιολογικά εξελισσόμενη εγκυμοσύνη. Τα φυσιολογικά αυξημένα επίπεδα των οιστρογόνων ορμονών της κύησης παρεμποδίζουν την έκκριση των χολικών αλάτων, με αποτέλεσμα να ευνοείται η καθίζηση της χοληστερίνης στη χολή, την οποία μετατρέπει σε λιθογόνο παράγοντα. Επιπρόσθετα, στην παθογένεση των χολολίθων κατά τη διάρκεια της κύησης φαίνεται να συμβάλλει σημαντικά και η δυσλειτουργία της χοληδόχου κύστης, η οποία αφορά στην καθυστερημένη κένωση από τη χολή που είναι πιθανότατα το αποτέλεσμα της μυοχαλαρωτικής δράσης της προγεστερόνης στις λείες μυϊκές ίνες των τοιχωμάτων της χοληδόχου κύστης⁷.

Επίσης, μεταβολικές διαταραχές στη διάρκεια της εγκυμοσύνης (υπερλιπιδαιμίες) σε άτομα με γενετική προδιάθεση είναι δυνατό να οδηγήσουν σε οξεία παγκρεατίτιδα. Υπό την επίδραση των αυξημένων επιπέδων των οιστρογόνων ορμονών και της μειωμένης δραστηριότητας της LPL πρωτεΐνης⁸ που χαρακτηρίζουν τη φυσιολογικά εξελισσόμενη εγκυμοσύνη, τα φυσιολογικά αυξημένα επίπεδα των τριγλυκεριδίων είναι δυνατό, σε άτομα με έλλειψη της λιποπρωτεϊνικής λιπάσης, να οδηγήσουν στην εκδήλωση οξείας παγκρεατίτιδας⁹. Επιπλέον, μερικοί συγγραφείς υποστηρίζουν ότι και η υπερτασική νόσος της κύησης μπορεί να καταλήξει σε παγκρεατίτιδα. Η προεκλαμψία κυρίως, και πιο σπάνια η εκλαμψία υπό τις συνθήκες γενικευμένης μικροαγγειοπάθειας που είναι δυνατό να προκαλέσουν σε επίπεδο πολλών οργάνων (πολυοργανική νόσος) έχουν συνδεθεί με σπάνιες περιπτώσεις κυρίως οξείας νεκρωτικής παγκρεατίτιδας¹⁰. Ακόμη, τα υψηλά επίπεδα ασβεστίου, όπως συμβαίνει στον υπερπαραθυρεοειδισμό, αποτελούν ιδανική συνθήκη για την οξεία εκδήλωση της νόσου, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια του πρώτου και δεύτερου τριμήνου της κύησης¹¹. Παρόμοια, κληρονομικές παθήσεις, όπως η κυστιζή ίνωση (με πάνω από 800 μεταλλάξεις γονιδίων) μπορούν να οδηγήσουν σε οξεία παγκρεατίτιδα στην εγκυμοσύνη¹². Πρόσφατα αναφέρθηκαν στη διεθνή βιβλιογραφία και περιπτώσεις οξείας παγκρεατίτιδας μετά από φαρμακευτική διακοπή της κύησης. Οι περιπτώσεις αυτές αφορούν κυρίως στη συγχορήγηση ενός ισχυρού αντιπρογεστερονικού παράγοντα (mifepristone - RU 486) με ανάλογα των προσταγλανδινών E1¹³. Επίσης, η κατάχρηση οινοπνεύματος και η χρήση από τις έγκυες αντιυπερτασικών φαρμάκων (θειαζίδες, διουρητικά) και διαφόρων αντιβιοτικών, όπως είναι οι τετρακυκλίνες, αν και δε χρησιμοποιούνται πλέον στην καθημερινή κλινική μαιευτική πράξη, ωστόσο είναι γνωστό ότι μπορούν να αποτελέσουν σπάνια αίτια οξείας εισβολής της νόσου. Τέλος, έχουν αναφερθεί και σπάνιες περιπτώσεις οξείας παγκρεατίτιδας που σχετίστηκαν με άλλες επείγουσες καταστάσεις, όπως τραυματισμοί της κοιλίας ή μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Πίνακας 1. Οι κυριότεροι αιτιολογικοί παράγοντες που ευθύνονται για την εκδήλωση της οξείας παγκρεατίτιδας στην εγκυμοσύνη

- Ιδιοπαθής
- Χολολιθίαση
- Μεταβολικές διαταραχές
- Προεκλαμψία
- Εκλαμψία
- Υπερπαραθυρεοειδισμός
- Κληρονομικές παθήσεις
- Κατάχρηση οινοπνεύματος
- Αντιυπερτασικά φάρμακα
- Αντιβιοτικά
- Ανταγωνιστής προγεστερόνης
- Ανάλογα προσταγλανδινών
- Τραυματισμός κοιλίας
- Χειρουργικές επεμβάσεις

Πίνακας 2. Οι κλινικές εκδηλώσεις της οξείας παγκρεατίτιδας στην εγκυμοσύνη είναι παρόμοιες με εκείνες που παρατηρούνται στις μη έγκυες ασθενείς

- Κοιλιακό άλγος
- Ναυτία
- Έμετοι
- Ανορεξία
- Μικρή πυρετική κίνηση
- Ταχυκαρδία
- Ορθοστατική υπόταση
- Ίκτερος
- Σημείο Gullen
- Σημείο Turner

που εντοπίζεται το πάγκρεας στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο. Η ναυτία, οι έμετοι και η ανορεξία αποτελούν συχνές εκδηλώσεις της νόσου που συνοδεύουν το κοιλιακό άλγος. Σε μερικές άτυπες περιπτώσεις ο έμετος είναι δυνατό να αποτελεί το κύριο σύμπτωμα, συνοδευόμενος από ένα βύθιο, ήπιο άλγος στην περιοχή του επιγαστρίου ή από καθόλου πόνο. Η δεκαδική πυρετική κίνηση, η ταχυκαρδία και η ορθοστατική υπόταση αποτελούν σπάνια, αλλά σημαντικά ευρήματα για την κλινική διάγνωση της νόσου. Η ορθοστατική υπόταση, η περιομφαλική εκχύμωση (σημείο Gullen) και οι εκχυμώσεις στην οσφυϊκή χώρα (σημείο Turner) υποδηλώνουν την ύπαρξη οξείας αιμορραγικής νεκρωτικής παγκρεατίτιδας¹⁴. Ο ίκτερος, που συνήθως εμφανίζεται σπάνια και είναι ήπιας μορφής, οφείλεται στην απόφραξη των χοληφόρων οδών¹⁵.

Η λευκοκυττάρωση, η αυξημένη ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων (ΤΚΕ) και η θετικοποίηση της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) πρέπει να αξιολογούνται με ιδιαίτερη προσοχή, καθόσον μπορούν να παρατηρηθούν και στη φυσιολογική εγκυμοσύνη. Η «φυσιολογική» λευκοκυττάρωση της κύησης, μέχρι και 16000/μλ, δυσκολεύει την έγκαιρη διάγνωση της νόσου, με δεδομένο ότι ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων δεν ξεπερνά σε όλες τις περιπτώσεις οξείας παγκρεατίτιδας το όριο αυτό. Παρόλα αυτά όμως, «στροφή» του τύπου προς τα αριστερά διαπιστώνεται σε σημαντικό αριθμό περιπτώσεων και θέτει σοβαρή υποψία ύπαρξης οξείας φλεγμονής¹⁶. Παρόμοια, η υπεργλυκαιμία, η υπερχοληστεριναίμια, η υπερτριγλυκεριδαίμια και η υπασβεστιαίμια η οποία οφείλεται στη δέσμευση του ασβεστίου από τα λιπαρά οξέα που απελευθερώνονται μετά την επίδραση της λιπάσης αποτελούν συχνά εργαστηριακά ευρήματα υποβοηθητικά στη διάγνωση της νόσου⁶. Οι παθολογικές ηπατικές δοκιμασίες που αφορούν στην αύξηση των τρανσαμινασών και την ήπια αύξηση των επιπέδων της αλκαλικής φωσφατάσης και της χολερυθρίνης από τα πρώιμα μάλιστα στάδια της νόσου συνηγορούν υπέρ της οξείας παγκρεατίτιδας χολολιθιακής αιτιολογίας. Γενικά, κάθε αύξηση στα επίπεδα των αμινοτρανσφερασών (AST, ALT), της χολερυθρίνης, της αλκαλικής φωσφατάσης, της γ-γλουταμυλ-τρανσπεπτιδάσης (γGT) και της 5' νουκλεοτιδάσης (5-NT) πάνω από τα φυσιολογικά αμετάβλητα στην εγκυμοσύνη όρια θα πρέπει να αποτελεί αξιόπιστο δείκτη νοσημάτων του ήπατος ή των χοληφόρων που χρήζουν άμεσης διερεύνησης¹⁷.

Τον ακρογωνιαίο λίθο στη διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας στην εγκυμοσύνη φαίνεται να αποτελεί ο προσδιορισμός των παγκρεατικών ενζύμων αμυλάσης και λιπάσης. Η ανεύρεση υψηλών επιπέδων της αμυλάσης (πάνω από το διπλάσιο των ανώτερων φυσιολογικών ορίων) και της λιπάσης του ορού παρέχει διαγνωστική ευαισθησία η οποία εκτιμάται ότι αγγίζει περίπου το 94% των περιπτώσεων. Η αμυλάση και η λιπάση του ορού αυξάνονται κατά τις πρώτες 12 ώρες από την έναρξη του οξέος επεισοδίου και φτάνουν στη μέγιστη τιμή τους σε 12 έως 72 και 24 ώρες, αντίστοιχα. Παρόλα αυτά όμως, η αύξηση των παγκρεατικών ενζύμων, και ιδιαίτερα της αμυλάσης παραμένει ένα μη ειδικό διαγνωστικό εύρημα. Παρόμοια αύξηση μπορεί να προκληθεί και σε περιπτώσεις οξείας χολοκυστίτιδας, εντερικής απόφραξης ή διατρηθέντος πεπτικού έλκους, καταστάσεις που χρήζουν άμεσης διαφορικής διάγνωσης από την οξεία παγκρεατίτιδα, προκειμένου να εξασφαλισθεί η αμεσότερη και καταλληλότερη θεραπευτική προσέγγιση της ασθενούς^{17,18}. Επιπλέον, η οξεία σκωληκοειδίτιδα, ιδιαίτερα όταν αυτή αφορά στο τελευταίο τρίμηνο της κύησης, αποτελεί σοβαρό διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα. Η χαρακτηριστική προοδευτική μετατόπιση του τυφλού και της σκωληκοειδούς απόφυσης προς τα πάνω, δεξιά και πίσω στο πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα που προκαλεί κατά

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας στην εγκυμοσύνη δεν είναι εύκολη. Η δυσκολία στην κλινική εξέταση των ενδοκοιλιακών οργάνων που δεν έχουν σχέση με τη μήτρα, οι φυσιολογικές μεταβολές των ανατομικών σχέσεων που προκαλεί κατά την πρόοδο της εγκυμοσύνης η σταδιακή αύξηση του μεγέθους της μήτρας, οι ενίοτε άτυπες κλινικές εκδηλώσεις της νόσου που είναι δυνατό να μιμούνται τις φυσιολογικές ενοχλήσεις της κύησης, αλλά και οι παρεκκλίσεις από τις φυσιολογικές τιμές που είναι δυνατό να παρουσιάζουν οι ηπατικές δοκιμασίες στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι δυνατόν να καθυστερήσουν την έγκαιρη και ορθή διάγνωση της νόσου. Οι κλινικές εκδηλώσεις της οξείας παγκρεατίτιδας στην εγκυμοσύνη δε διαφέρουν ουσιωδώς από εκείνες που παρατηρούνται στις μη έγκυες ασθενείς (πίνακας 2). Ο κοιλιακός πόνος αποτελεί το κυρίαρχο σύμπτωμα και παρατηρείται σχεδόν στο σύνολο των ασθενών. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων (75%) ο πόνος χαρακτηρίζεται από οξεία έναρξη, είναι μεγάλης έντασης, σταθερού χαρακτήρα και εντοπίζεται κυρίως στο επιγαστριο ή στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλίας με αντανάκλαση συνήθως στη ράχη, περίπου στο ύψος

Πίνακας 3. Παθολογικές καταστάσεις μαιευτικής/γυναικολογικής και άλλης προέλευσης που χρήζουν διαφορικής διάγνωσης από την οξεία παγκρεατίτιδα στην εγκυμοσύνη

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Μαιευτικές/γυναικολογικές καταστάσεις - Ωοθηκική κύστη - Συστροφή εξαρτήματος - Ραγείσα κύστη ωχρού σωματίου - Εκφυλισθέν ινομύωμα της μήτρας - Έκτοπη εγκυμοσύνη - Πρόωρη αποκόλληση πλακούντα - Έκλυση πρόωρου τοκετού - Προεκλαμψία, εκλαμψία - Σύνδρομο HELLP - Οξύ λιπώδες ήπαρ της κύησης - Χοριοαμνιονίτιδα - Υπερέμεση της κύησης | <ul style="list-style-type: none"> • Μη μαιευτικές/γυναικολογικές καταστάσεις - Χολολιθίαση - Οξεία χολοκυστίτιδα - Οξεία χολαγγειίτιδα - Οξεία σκωληκοειδίτιδα - Οξεία γαστροεντερίτιδα - Παθήσεις ουροποιητικού - Νεφρολιθίαση - Πνευμονεφρίτιδα - Εκκολπωματίτιδα του παχέος εντέρου - Μεσεντέριος αδενίτιδα - Εντερική απόφραξη - Διάτρηση πεπτικού έλκους - Πνευμονική εμβολή - Πνευμονία |
|---|---|

την πρόοδο της εγκυμοσύνης η σταδιακή αύξηση του μεγέθους της μήτρας είναι δυνατό να δημιουργήσει σύγχυση στην ψηλάφηση των χαρακτηριστικών σημείων ευαισθησίας της νόσου και κατά συνέπεια σημαντικές δυσκολίες στη διαφοροδιάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας από την οξεία σκωληκοειδίτιδα¹⁹. Τέλος, οι κυριότερες παθολογικές καταστάσεις μαιευτικής/γυναικολογικής ή άλλης προέλευσης²⁰ που χρήζουν διαφορικής διάγνωσης από την οξεία παγκρεατίτιδα στην κύηση φαίνονται στον πίνακα 3.

Παρόλο που η διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας στην εγκυμοσύνη βασίζεται κυρίως στο ιστορικό και τα κλινικό - εργαστηριακά ευρήματα, δεν πρέπει να αμφισβητείται η χρησιμότητα των απεικονιστικών μεθόδων (πίνακας 4). Από τις σύγχρονες απεικονιστικές εξετάσεις το υπερηχογράφημα (US) φαίνεται να αποτελεί την πιο κοινή, πολυτιμότερη και ασφαλέστερη εξέταση στην προσάθεια της διαγνωστικής προσέγγισης και επίλυσης των διαγνωστικών προβλημάτων της νόσου στην κύηση. Υπερηχογραφικά ευρήματα, όπως η ανίχνευση λίθου στη χοληδόχο κύστη, η πάχυνση του τοιχώματος της κύστης, η συλλογή υγρού στην περιφέρειά της, η διάταση του κοινού χοληδόχου πόρου, η υπερηχογραφική ανίχνευση οιδήματος του παγκρέατος με άμβλυνση των ορίων του, η περιτοναϊκή ή περιπαγκρεατική συλλογή υγρού ή ακόμη και ο σχηματισμός αποστήματος ή ψευδοκύστης είναι ενδεικτικά ύπαρξης οξείας φλεγμονής του τοιχώματος της χοληδόχου κύστης και του παγκρέατος που χρήζει περαιτέρω διαγνωστικού ελέγχου και άμεσης αντιμετώπισης. Με βάση πρόσφατα βιβλιογραφικά στοιχεία εκτιμάται ότι η διαγνωστική αξία των υπερήχων αναφορικά με την απεικόνιση χολολίθων εντός της χοληδόχου κύστης είναι μεγάλη και υπολογίζεται ότι ξεπερνά το 90% των περιπτώσεων (75%-93%) και κατά άλλους συγγραφείς το 95% (95%-98%)²¹. Επιπλέον, σε αντίθεση με την αξονική τομογραφία (CT) έχει το πλεονέκτημα ότι μπορεί να επαναληφθεί όσο συχνά κρίνεται απαραίτητο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως υποβοηθητικό μέσο στην εκτέλεση διαγνωστικών επεμβατικών μεθόδων και παράλληλα δεν απαιτεί τη χρήση ιοντίζουσας ακτινοβολίας, η οποία καλό είναι να αποφεύγεται στην εγκυμοσύνη λόγω των πιθανών βλαβών που μπορεί να προκαλέσει στο έμβρυο²². Η διαγνωστική αξία της CT σε ασθενείς με αρνητικά υπερηχογραφικά ευρήματα εκτιμάται ότι δεν ξεπερνά το 30% των περιπτώσεων²³. Στην απόφαση για την εκτέλεση της μεθόδου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης πρέπει πάντα να συνυπολογίζεται και το ποσοστό της ακτινοβολίας στην οποία εκτίθεται το έμβρυο, με δεδομένο ότι η έκθεση στην ακτινοβολία παρατηρείται αυξημένη όταν η σάρωση περιλαμβάνει την περιοχή της κοιλιάς, και ιδιαίτερα την κάτω κοιλία και την πύελο²⁴.

Πρόσφατα βιβλιογραφικά στοιχεία υποστηρίζουν ότι η απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (MRI) αναμένεται μελλοντικά να συμβάλλει σημαντικά στη διάγνωση της οξείας κοιλιάς στην κύηση και να αντικαταστήσει τη «βλαπτική» για το έμβρυο CT. Αν και η χρήση των σκιαγραφικών ουσιών στην εγκυμοσύνη εξακολουθεί να αποτελεί ακόμη μεταξύ πολλών συγγραφέων ζήτημα έντονου προβληματισμού και διχογνωμίας, η MRI φαίνεται να αποτελεί μια αρκετά ασφαλή μέθοδο για τη διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας στην εγκυμοσύνη²⁵. Επιπλέον, είναι αποδεδειγμένη η συμβολή της στην εκτέλεση επεμβατικών διαγνωστικών μεθόδων, όπως είναι η μαγνητική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (MRCP). Πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα τονίζουν τη μεγάλη διαγνωστική αξία

Πίνακας 4. Σύγχρονες απεικονιστικές μέθοδοι διάγνωσης και επίλυσης των διαγνωστικών προβλημάτων της οξείας παγκρεατίτιδας στην εγκυμοσύνη

- Υπερηχογράφημα
- Αξονική τομογραφία
- Μαγνητική τομογραφία
- Μαγνητική ανάστροφη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (MRCP)
- Ενδοσκοπική ανάστροφη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP)
- No - Radiation ERCP

της MRCP και το συνολικό όφελος που απορρέει από την αποφυγή εκτέλεσης ενδοσκοπικής παλίνδρομης χολαγγειοπαγκρεατογραφίας (ERCP) στις έγκυες ασθενείς²⁶.

Η ERCP αναμφισβήτητα βοηθάει στον εντοπισμό και την αφαίρεση των χολολίθων με τη βοήθεια ειδικά σχεδιασμένων εργαλείων, ωστόσο όμως φαίνεται να υπάρχει έντονος προβληματισμός σχετικά με την ασφάλεια της μεθόδου στην εγκυμοσύνη λόγω της χρήσης ιοντίζουσας ακτινοβολίας που απαιτεί η εκτέλεσή της²⁷. Πρόσφατα, ο Akcakaya και οι συνεργάτες του δημοσίευσαν ότι η No - Radiation ERCP σε εξειδικευμένα κέντρα με εμπειρία μπορεί να χρησιμοποιηθεί με μεγάλη ασφάλεια στη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση της οξείας παγκρεατίτιδας, καθώς και σε άλλες ειδικές νοσολογικές καταστάσεις, η αντιμετώπιση των οποίων απαιτεί την τοποθέτηση stent κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης²⁸.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η αντιμετώπιση της οξείας παγκρεατίτιδας στην εγκυμοσύνη είναι παρεμφερής με εκείνη που εφαρμόζεται σε μη εγκυμονούσες ασθενείς. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η συντηρητική και υποστηρικτική θεραπεία, με την προσωρινή αναστολή της λειτουργίας του παγκρέατος που επιτυγχάνει, αποτελεί την καλύτερη και ασφαλέστερη μέθοδο αντιμετώπισης και πρόληψης των σοβαρών επιπλοκών της νόσου. Οι βασικές αρχές αντιμετώπισης περιλαμβάνουν την αναστολή λήψης τροφής από το στόμα και τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα για την αναρρόφηση των εκκρίσεων, την προσεκτική ενδοφλέβια χορήγηση υγρών με καθημερινό έλεγχο του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών και την παρεντερική χορήγηση αναλγητικών και αντιβιοτικών φαρμάκων.

Αντιβιοτικά ευρέως φάσματος πρέπει να χορηγούνται σε κάθε περίπτωση οξείας παγκρεατίτιδας που οφείλεται σε λοιμώδη αίτια. Άλλα φάρμακα, όπως τα αντιχολινεργικά, η γλυκαγόνη, οι προσταγλανδίνες, τα κορτικοστεροειδή, η βασοπρεσίνη, η απροτινίνη και το 5-αμινο-καπροϊκό οξύ που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς με σκοπό την αναστολή της παγκρεατικής λειτουργίας, δεν απέδωσαν τα αναμενόμενα θεραπευτικά αποτελέσματα²⁹. Στις περιπτώσεις που η νόσος οφείλεται σε υψηλό υπερλιπιδαιμικό προφίλ (υπερχοληστεριναμία - υπερτριγλυκεριδαμία) η χαμηλή σε λιπαρά παρεντερική διατροφή ή και η πλασμαφαίρεση σε σοβαρότερες καταστάσεις ενδέχεται να προσφέρουν σημαντική βοήθεια στην προσπάθεια της συντηρητικής αντιμετώπισης της νόσου^{30,31}. Πρόσφατες κλινικές μελέτες στηρίζουν την προφυλακτική σημασία της διαιτητικής διατροφής με χαμηλά λιπαρά και υψηλά σε ωμέγα-3 λιπαρά οξέα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ιδιαίτερα σε γυναίκες με ιστορικό υπερτριγλυκεριδαμίας³².

Το μεγάλο δίλημμα στην αντιμετώπιση της παγκρεατίτιδας στην εγκυμοσύνη αφορά στη λήψη της ορθότερης απόφασης για τη χειρουργική διερεύνηση της νόσου. Οι περισσότεροι από τους ερευνητές που έχουν ασχοληθεί ιδιαίτερα με το θέμα υποστηρίζουν ότι σε μη επιπλεγμένες καταστάσεις σωστό είναι να ακολουθηθεί συντηρητική θεραπεία και οποιαδήποτε επεμβατική διαδικασία να αναβάλλεται για μετά τον τοκετό. Σε περίπτωση που η επέμβαση δεν είναι δυνατό να αναβληθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα προτιμάται για την εκτέλεσή της το δεύτερο τρίμηνο της κύησης, προκειμένου να διασφαλισθεί το καλύτερο περιγεννητικό αποτέλεσμα. Ένδειξη άμεσης χολοκυστεκτομής ενδέχεται να αποτελεί η δευτεροπαθής μορφή οξείας παγκρεατίτιδας συνεπεία χολολιθίασης αμέσως μετά το πέρας της οξείας φλεγμονής, καθώς και οι επιπλεγμένες μορφές της νόσου, όπως είναι η βαριά αιμορραγική παγκρεατίτιδα, το παγκρεατικό απόστημα και η ραγείσα ψευδοκύστη του παγκρέατος, στις οποίες η προσφορά της χειρουργικής θεραπείας αναμένεται μεγάλη και σημαντική για την πορεία της νόσου και την ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης³³.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας στις έγκυες εξαρτάται από την ηλικία της εγκυμοσύνης και την καθυστέρηση της διάγνωσης. Η καθυστερημένη διάγνωση είναι δυνατό να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές, όπως είναι η βαριά οξεία αιμορραγική παγκρεατίτιδα, το σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας, οι πλευριτικές διηθήσεις, ο παγκρεατικός ασκίτης, ο σχηματισμός αποστήματος και ψευδοκύστεων του παγκρέατος και η λιπονέκρωση με σημαντικά αυξημένα ποσοστά μητρικής και περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η εμβρυική απώλεια, οι πρόωρες συστολές της μήτρας και η έκλυση πρόωρου τοκετού αργότερα κατά την εξέλιξη της κύησης αποτελούν συχνές επιπλοκές της νόσου οι οποίες σχετίζονται κυρίως με την εκδήλωσή της στο πρώτο τρίμηνο⁴. Χάρη στην ευρεία διάδοση τα τελευταία χρόνια της σύγχρονης διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης, η μητρική θνησιμότητα είναι εξαιρετικά σπάνια. Η αυξημένη μητρική και περιγεννητική θνησιμότητα συνήθως αφορά στην καθυστερημένη

διάγνωση και σε επιπλεγμένες καταστάσεις².

Έτσι σήμερα, κύριο μέλημα του σύγχρονου μαιευτήρα - γυναικολόγου θα πρέπει να αποτελεί η σωστή ενημέρωσή του σχετικά με τον τρόπο που η πάθηση μπορεί να επηρεάσει την εγκυμοσύνη ή αντίθετα να επηρεασθεί από αυτή, αλλά και η ενεργός συμμετοχή του στη σύγχρονη διαγνωστική διερεύνηση και θεραπευτική αντιμετώπιση του οξέος χειρουργικού προβλήματος, προκειμένου να διασφαλισθεί η καλύτερη υγεία τόσο για τη μητέρα, όσο και για το έμβryo και το νεογνό³⁴.

SUMMARY

Acute pancreatitis during pregnancy is rare. Gallstones and Biliary tract disease seems to be the most common cause of the disease. Diagnosis is not very easy. The difficulty during clinical exam of the internal organs which are not related with the uterus or close to it, the normal changes of the anatomical relationships caused by the gradual increase of the uterus' size during pregnancy, the unusual clinical manifestations which many times mimics the gestation's normal discomfort but also the deviations from the normal rates which is possible present the liver's tests during pregnancy are able to delay the on time and right diagnosis of the disease. In the majority of the cases the conservative and supportive therapy with the temporary suspension of pancreas function is the best and safest method of management and prevention of serious complications of the disease. Direct indication for cholecystectomy exists when the secondary form of acute pancreatitis is due to choledocholithiasis. The modern obstetricians – gynecologists' main concern should be his proper update about the way this condition could affect the pregnancy or be affected by it, but also his active participation in the diagnostic exploration and therapeutic treatment of the acute surgical problem, in order to insure a better health for the mother and the fetus. In this article based on modern data we attempt a brief review of the literature of acute pancreatitis during pregnancy, mostly about diagnosis, treatment and prognosis.

Key words: acute pancreatitis, pregnancy, pathogenesis, diagnosis, management, prognosis.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Gastrointestinal Disorders. In: Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom K eds. Williams Obstetrics, 22st Edition, McGraw – Hill, 2005; 1111-1123.*
2. *Eddy JJ, Gideonsen MD, Song JY, Grobman WA, O'Halloran P. Pancreatitis in pregnancy. Obstet Gynecol 2008; 112:1075-1081.*
3. *Hernandez A, Petrov MS, Brooks DC, Banks PA, Ashley SW, Tavakkolizadeh A. Acute pancreatitis and pregnancy: a 10 - year center experience. J Gastrointest Surg 2007; 11:1623-1627.*
4. *Tang SJ, Rodriguez - Frias E, Singh S, Singh MJ, Jazrawi SF, Sreenarasimhaiah J, Lara LF, Rockey DC. Acute pancreatitis during pregnancy. Clin Gastroenterol Hepatol 2009 (in press).*
5. *Ramin KD, Ramin SM, Richey SD, Cunningham FG. Acute pancreatitis in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1995; 173:187-191.*
6. *Fogel EL, Sherman S. Acute biliary pancreatitis: when should the endoscopist intervene? Gastroenterology 2003; 125:229-235.*
7. *Ko CW, Beresford SA, Schulte SJ, Matsumoto AM, Lee SP. Incidence, natural history, and risk factors for biliary sludge and stones during pregnancy. Hepatology 2005; 41:359-365.*
8. *Tsai EC, Bronw JA, Veldee MY, Anderson GJ, Chait A, Brunzell JD. Potential of essential fatty acid deficiency with extremely low fat diet in lipoprotein lipase deficiency during pregnancy. A case report. BMC Pregnancy Childbirth 2004; 4:27.*
9. *Exbrayat V, Morel J, De Filippis JP, Tourne G, Jospe G, Auboyer C. Hypertriglyceridemia – induced pancreatitis in pregnancy. A case report. Ann Fr Anesth Reanim 2007; 26:677-679.*
10. *Parmar MS. Pancreatic necrosis associated with preeclampsia - eclampsia. JOP 2004; 5:101-104.*
11. *Dahan M, Chang RJ. Pancreatitis secondary to hyperparathyroidism during pregnancy. Obstet Gynecol 2001; 98:923-925.*
12. *Fruiloni L, Castellani C, Bovo P, Vaona B, Calore B, Liani C, Mastella G, Cavallini G. Natural history of pancreatitis associated cystic fibrosis mutations. Dig Liver Dis 2003; 35:179-185.*
13. *Hallberg P, Hallberg E, Amini H. Acute pancreatitis following medical abortion: Case report. BMC Womens Health 2004; 4:1.*
14. *Holschneider CH. Surgical Diseases and Disorders in Pregnancy. In: Decherney AH, Nauthan L, Goodwin MT, Laufer N. Current Diagnosis and Treatment Obstetrics and Gynecology. 10th Edition. New York: McGraw - Hill; 2007. Pp 417-431.*
15. *Dietrich CS III, Hill CC, Huelman M. Surgical diseases presenting in pregnancy. Surg Clin North Am 2008; 88:403-419.*
16. *Hill WC, Fleming AD. Gastrointestinal Diseases Complicating Pregnancy. In: Reece EA and Hobbins JC. Clinical Obstetrics the Fetus and Mother. 3th edition, Blackwell Publishing Ltd, 2007, pp 315-327.*
17. *Kondrackiene J, Kupcinskas L. Liver diseases unique to pregnancy. Medicina (Kaunas) 2008; 44:377-345.*
18. *Gan SI, Edwards AL, Symonds CJ, Beck PL. Hypertriglyceridemia – induced pancreatitis: A case - based review. World Gastroenterol 2006; 12:7197-7202.*
19. *Θανασιάς Ι., Καλινδρέης Μιχ., Κεσπερίδης Π., Σταυροπούλου Βασ., Αθανασίου Αγγ., Καλαγασίδου Σ., Κουτσογεωργόπουλος Κ., Ευαγγέλου Μιχ. Οξεία σκωληκοειδίτιδα στην κύηση. Αναφορά μιας περίπτωσης και βιβλιογραφική ανασκόπηση της διαγνωστικής προσέγγισης της νόσου. Θέματα Μαιευτικής και Γυναικολογίας 2009; ΚΤ(1):55-59.*
20. *Carol EH Scott - Conner, Robin Perry. Acute abdomen and pregnancy. Emedicine article. Updated: Jun 7, 2006 <http://www.emedicine.com/article/195976-overview>*
21. *Augustin G, Majerovic M. Non - obstetrical acute abdomen during pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2007; 131:4-12.*

22. Badea R. *Ultrasonography of acute pancreatitis – an essay images. Rom J Gastroenterol* 2005; 14:83-89.
23. Lazarus E, Mayo - Smith WW, Mainiero MB, Spencer PK. *CT in the evaluation of nontraumatic abdominal pain in pregnant women. Radiology* 2007; 244:784-790.
24. Hurwitz LM, Yoshizumi T, Reiman RE, Goodman PC, Paulson EK, Frush DP, Toncheva G, Nguyen G, Barnes L. *Radiation dose to the fetus from body MDCT during early gestation. AJR Am J Roentgenol* 2006; 186:871-876.
25. Garcia - Bourmissen F, Shrim A, Koren G. *Safety of gadolinium during pregnancy. Can Fam Physician* 2006; 52:309-310.
26. Oto A, Ernst R, Ghulmiyyah L, Hughes D, Saade G, Chaljub G. *The role of MR Cholangiopancreatography in the evaluation of pregnant patients with acute pancreaticobiliary disease. Br J Radiol* 2009; 82:279-285.
27. Samara ET, Stratakis J, Enele Melono JM, Mouzas IA, Perisinakis K, Damilakis J. *Therapeutic ERCP and pregnancy: is the radiation risk for the conceptus trivial? Gastrointest Endosc* 2009; 69:824-831.
28. Akcakaya A, Ozkan OV, Okan I, Kocaman O, Sahim M. *Endoscopic retrograde cholangiopancreatography during pregnancy without radiation. World Gastroenterol* 2009; 15:3649-3652.
29. Σαλαμαλέκης ΕΕ. Νοσήματα του πεπτικού συστήματος. Στο: Σαλαμαλέκης ΕΕ. Κήσεις υψηλού κινδύνου. Παθολογικές καταστάσεις στην κύηση, τον τοκετό και τη λοχεία. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, 1995; 267-297.
30. Loh JA, Rickels MR, Williams J, Iqbal N. *Total parenteral nutrition in management of hyperlipidemic pancreatitis during pregnancy. Endocr Pract* 2005; 11:325-330.
31. Al - Humoud H, Alhumoud E, Al - Hilali N. *Therapeutic plasma exchange for acute hyperlipidemic pancreatitis: a case series. Ther Apher Dial* 2008; 12:202-204.
32. Takaishi K, Miyoshi J, Matsumura T, Honda R, Ohba T, Katabuchi H. *Hypertriglyceridemic acute pancreatitis during pregnancy: Prevention with diet therapy and omega – 3 fatty acids in the following pregnancy. Nutrition* 2009 (in press).
33. Ko C. *Biliary sludge and acute pancreatitis during pregnancy. Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol* 2006; 3:53-57.
34. Holschneider CH. Χειρουργικές επεμβάσεις και επιπλοκές στη διάρκεια της κύησης. Στο: Μαμόπουλος ΜΑ, Ρούσσος ΔΧ. Σύγχρονη διάγνωση και θεραπεία στη μαιευτική και γυναικολογία. 9η Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Σιώκης, 2005; 541-559.